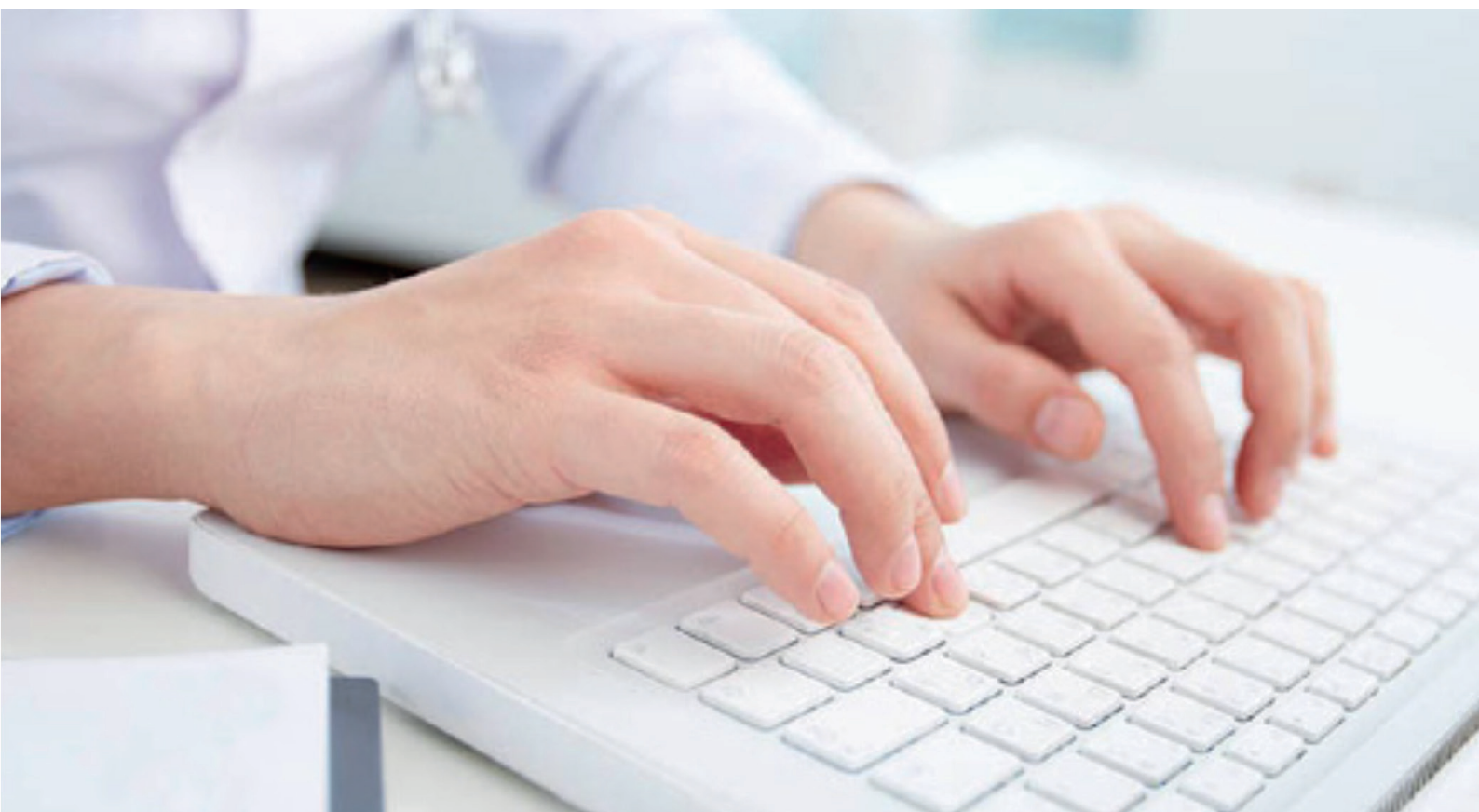


INFORME

**EVALUACIÓN DE CAPACIDAD
EN CTI**

15 de Enero de 2021





EVALUACIÓN DE CAPACIDAD EN CTI

Fecha: 15 de Enero de 2020

Grupo de referentes Planificación Salud, Asistencia y Prevención

Equipo de Medicina Intensiva Grupo GACH: Arturo Briva, Oscar Noboa, Gabriela Méndez y F. Javier Hurtado

El presente informe reúne una visión esquemática que creemos fundamental para intentar minimizar el impacto de la pandemia COVID-19 en la asistencia a pacientes graves. Como documento de trabajo preliminar continúa en proceso de profundización y ajuste a nuestra cambiante realidad.

EVALUACIÓN DE CAPACIDAD EN CTI

Indicadores de disponibilidad y amenaza de colapso

1. Introducción

El crecimiento de la circulación comunitaria del Sars-cov 2 junto con el aumento de cuadros clínicamente relevantes de COVID-19 ha generado un número progresivo de casos graves que requieren ingreso a CTI.

El Grupo de Medicina Intensiva (GMI-GACH), ha elevado una serie de informes en los que se hicieron recomendaciones sobre gestión de la información y de los recursos humanos especializados para los servicios de CTI, que hoy cobran mayor vigencia por la dinámica que está mostrando la pandemia desde noviembre 2020 (1-4).

Por ese motivo y ante la necesidad de transmitir a las autoridades y la sociedad una serie de herramientas que permitan mejorar la respuesta sanitaria frente a la crisis ya instalada es que repasamos algunos de los puntos analizados en informes previos e incorporamos nuevos



elementos para el análisis y asistencia de pacientes graves con COVID-19.

1.- Es necesario **establecer una estructura** que reúna la información actualizada para adecuar la respuesta con un carácter general y regional, basándose en una serie de variables específicas que eviten demoras en la toma de decisiones.

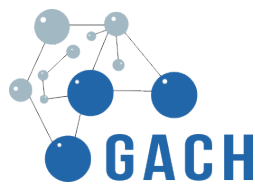
2.- La **capacidad de asistencia a pacientes graves no debe evaluarse solamente por la cantidad de camas disponibles**. Para que una “cama” sea apta para asistir un paciente crítico se debe contar con: espacio físico adecuado, incorporación de tecnología acorde (monitores, respiradores, etc.) y RRHH especializados. Si cualquiera de estas dimensiones no se encuentra disponible no es posible establecer esa asistencia como “cama de CTI disponible”.

3.- La **escasez crónica de RRHH asociados a la asistencia de pacientes críticos** (intensivistas, licenciados y auxiliares de enfermería, neumocardiólogos, fisioterapeutas, auxiliares de servicio) **se verá sobre exigida frente al aumento de la cantidad de pacientes COVID-19 graves**. Además, las dotaciones asistenciales pueden quedar fuera de servicio por cuarentenas preventivas o contagios COVID19, por lo que deben ser prioridad a la hora de asegurarles el correcto Equipo de Protección Personal y disponibilidad preferencial de vacunación a la mayor brevedad posible por la implicancia que puede tener en la seguridad del equipo de salud.

4.- **Cualquier estrategia que plantee incorporar personal proveniente de áreas fuera de la especialidad, debe contar con formación específica para desarrollar las competencias asistenciales necesarias**. Hemos reiterado en nuestros informes que la pandemia impondrá la necesidad de incorporar RRHH de otras áreas fuera de la especialidad. Recomendamos oportunamente diseñar un **plan de capacitación** y criterios cuidadosos para identificar, reclutar, capacitar y tener a disposición estos profesionales para un eventual aumento de la demanda.

Seguimos enfatizando en estas directivas.

5.- Frente a la disparidad asistencial y de circulación comunitaria en los diferentes departamentos del país, es necesario **incorporar unidades de traslado especializado** y seguro hacia otras



regiones con mayor disponibilidad asistencial.

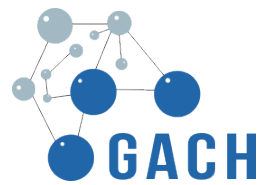
6.- Cualquier evaluación que englobe en un **único promedio la realidad asistencial nacional será poco sensible a los cambios regionales**. Los fenómenos de saturación de capacidades en CTI pueden darse en una capital departamental y no en otra (Rivera por cercanía de frontera con Brasil, Maldonado y Rocha durante el verano) o incluso en un prestador específico.

Por este motivo debemos tener un seguimiento para detectar, al menos a nivel departamental, la capacidad asistencial en función de un conjunto de variables que exceden al conteo básico de camas libres en CTI. Así, la activación de planes de contingencia y sus respectivas fases pueden ser razonablemente anticipados y programados mas allá de las múltiples dificultades que conllevan cada uno de ellos.

Como forma práctica de establecer este seguimiento proponemos la elaboración de una evaluación sencilla de algunos de los aspectos que consideramos fundamentales para establecer la alerta frente a deterioro de la capacidad asistencial. Sigue varias de las recomendaciones establecidas por la Sociedad Europea de Medicina Intensiva (ESICM) y otros reportes internacionales. Al mismo tiempo adaptamos su contenido y puntos de corte a la realidad asistencial nacional y a varias de las debilidades detectadas en nuestros informes previos.

Este formato está obviamente sujeto a permanente revisión y constituye una referencia inicial para iniciar el camino de una monitorización más completa y profesional de las capacidades nacionales, departamentales y eventualmente de cada prestador de salud.

Su sencillez visual y de cálculo básico no impide que se desarrollen otras plataformas más complejas que permitan análisis estadísticos y poblacionales más sofisticados, pero nuestra intención primaria es aportar una herramienta que permita tanto al médico clínico, al gestor, a las autoridades y a la sociedad conocer rápidamente la realidad asistencial de la medicina intensiva en tiempo real.



VARIABLES								
OCUPACION CAMAS			DISPONIBILIDAD RRHH			GESTION DE OTROS RECURSOS		
CTI TOTAL (%)	CTI COVID (%)	Camas Extra	Au/Cert Cuarent (%)	RRHH Extra*	Nefro (HD)	Stock EPP	Test COVID <24 hs	Traslado
50	10	SI	10	SI	SI	SI	SI	SI
51 - 70	11 - 20	NO	11 - 15	NO	NO	NO	NO	NO
71 - 85	21 - 35		+15					
+ 85	+ 35							

CTI TOTAL (%) = porcentaje de camas ocupadas del total disponible de CTI

CTI COVID (%) = porcentaje de camas ocupadas con pacientes COVID19 del total disponible de CTI

Camas Extra = capacidad de aumentar la cantidad de camas CTI (total o COVID19) en 24 hs

Au/Cert/Cuarent = porcentaje de integrantes del equipo sanitario fuera de servicio por Ausencia, Certificación o Cuarentena al momento de la evaluación.

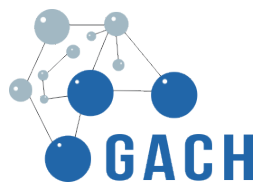
RRHH Extra* = capacidad de convocar nuevo personal en las próximas 24 hs para cubrir demanda asistencial

Nefro (HD) = capacidad de asistencia nefrológica en CTI (contando presencia de nefrólogo y capacidad de Hemodiálisis de agudo)

Stock EPP = disponibilidad de Equipos Protección Personal para asistencia a pacientes COVID19

Test COVID < 24hs = capacidad de diagnóstico COVID (HNF o test antigénico) en menos de 24 hs.

Traslado = capacidad de transferencia de pacientes COVID19 fuera del prestador para continuar asistencia en caso de saturación.



La presencia de un indicador en color amarillo indica la entrada en plan de contingencia. La aparición de un indicador rojo demanda la realización de una alerta al sistema para buscar opciones locales o regionales de respuesta.

Referencias

1) Informe diciembre 2020

https://medios.presidencia.gub.uy/llp_portal/2020/GACH/INFORMES/equipo-medicina-intensiva.pdf

2) Informe junio 2020

https://medios.presidencia.gub.uy/llp_portal/2020/GACH/RECOMENDACIONES/recomendaciones_tratamiento_intensivo.pdf

3) Informes mayo 2020

https://medios.presidencia.gub.uy/llp_portal/2020/GACH/MEDICINA/intensivismo2.pdf

4) https://medios.presidencia.gub.uy/llp_portal/2020/GACH/MEDICINA/intensivismo.pdf

5) Aziz S. et al. Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: Rapid Guidelines. Intensive Care Medicine (2020); DOI: 10.1007/s00134-020-06092-5

6) Goh, K.J., Wong, J., Tien, J.C. et al. Preparing your intensive care unit for the COVID-19 pandemic: practical considerations and strategies. Crit Care 24, 215 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02916-4>